

ESTEBAN M. PROMENZIO

ESPECIALISTA JERARQUIZADO EN GASTROENTEROLOGIA
Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
MP114615 MN111339

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Edad:

Peso:

Tel.:

Altura:

MARQUE LO QUE CORRESPONDA

¿Ha tenido presión arterial alta? ¿Qué tratamiento realiza? Si _ No _ No sabe

¿Padece diabetes? ¿Qué tratamiento realiza? Si _ No _ No sabe _

¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál? Si _ No _ No Sabe _

¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál? Si _ No _ No Sabe _

¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo? Si _ No _ No Sabe _

¿Bebe alcohol? ¿Cuántos vasos por comida? Si _ No _ No Sabe _

¿Ha tenido hepatitis? ¿Recuerda qué tipo? Si _ No _ No Sabe _

¿Ha sido tratado o sufre de alguna enfermedad hepática? ¿Cuál? Si _ No _ No Sabe _

¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿Sífilis, Sida, otras? ¿Cuál? Si _ No _ No Sabe _

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál? Si _ No _ No Sabe _

¿Ha tenido epilepsia, convulsiones, desmayos o lipotimias? ¿Cuál? Si _ No _ No Sabe _

¿Sangra con facilidad o se le forman hematomas fácilmente? Si _ No _ No Sabe _

¿Ha recibido transfusiones? Si _ No _ No Sabe _

Enumere las operaciones que tuvo, el año y si lo durmieron por completo o de forma parcial:

¿Tuvo alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones? Si _ No _ No Sabe _

¿Qué medicamentos o drogas toma en forma habitual?

¿Está tomando aspirinas o antiinflamatorios? Si _ No _ No Sabe _

¿Esta tomando anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios ? Si _ No _ No Sabe _

¿Es alérgico a algún medicamento? Enumérelos: Si _ No _ No Sabe _

¿Sufrir de otras enfermedades? ¿Cuáles?

¿Puede estar embarazada? Si _ No _ No Sabe _

COMENTARIOS :

Tandil, _____ de _____ -- de _____

Firma del paciente y Aclaración